

検体到着日の前日までに送付ください。

HLAタイピング発注書

タイピング方法	
<input checked="" type="checkbox"/> Luminex	<input type="checkbox"/> NGS (PCR)

↑タイピング方法を選択してください

遺伝子座			
共 通		NGSのみ	
<input checked="" type="checkbox"/> HLA-A	<input type="checkbox"/> HLA-DRB3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> HLA-B	<input type="checkbox"/> HLA-DRB4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HLA-C	<input type="checkbox"/> HLA-DRB5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> HLA-DRB1	<input type="checkbox"/> HLA-DQA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HLA-DQB1	<input type="checkbox"/> HLA-DPA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HLA-DPB1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↑検査に必要な遺伝子座数をお選びください		計	1 検体あたりの遺伝子座数 座

* 検体により検査する遺伝子座が異なる場合は発注書を分けての記載をお願いいたします。

検 体 名		人 種		
1	検体の名前、番号等、匿名化したID	<input checked="" type="checkbox"/>	日本人	<input type="checkbox"/> その他 ()
2		<input type="checkbox"/>		
3		<input type="checkbox"/>		
4		<input type="checkbox"/>		
5		<input type="checkbox"/>		
6		<input type="checkbox"/>	日本人	<input type="checkbox"/> その他 ()
7		<input type="checkbox"/>	日本人	<input type="checkbox"/> その他 ()
8		<input type="checkbox"/>	日本人	<input type="checkbox"/> その他 ()
9		<input type="checkbox"/>	日本人	<input type="checkbox"/> その他 ()
10		<input type="checkbox"/>	日本人	<input type="checkbox"/> その他 ()
		計	1	検体

日本人以外の検体の場合は ↑
人種等もご記入ください

* 個人情報保護の観点から検体名の匿名化にご協力をお願いいたします。

* 検体数が多い場合は別紙に検体名をご記入ください。

* 人種により解析方法が異なる場合がございますので、人種の記載にご協力をお願いいたします。

検体の種類	
<input checked="" type="checkbox"/> 全血	<input type="checkbox"/> 唾液
<input type="checkbox"/> 白血球 (リンパ球・顆粒球)	<input type="checkbox"/> スワブ (Luminexのみ)
<input type="checkbox"/> 培養細胞	<input type="checkbox"/> ろ紙 (Luminexのみ)
<input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> その他

* その他を選択する場合、一度ご相談ください。

送 付 日	到着予定日
検体の発送日	弊社への到着日

発 注 元	
機関名	ご依頼される機関名
ご担当者	お申込みご担当者様のご氏名
ご住所	ご依頼される機関の住所
電話/FAX	ご依頼される機関の電話番号
Mail	ご担当者様のEmailアドレス
報 告 先	
機関名	※発注元と異なる場合のみ記載
ご担当者	
ご住所	
電話/FAX	
Mail	

* 報告先が発注元と異なる場合はご記入ください。

運 送 機 関	
<input checked="" type="checkbox"/> ヤマト運輸	<input type="checkbox"/> ゆうパック
<input type="checkbox"/> 佐川急便	<input type="checkbox"/> レターパック
<input type="checkbox"/> 西濃	<input type="checkbox"/> その他
伝票番号	お荷物発送時の問い合わせ番号

* 伝票番号は到着予定日に届かない場合の荷物の追跡に必要です。

備 考
結果をお急ぎの場合など、お申し送り事項がある場合は必ずご記入ください

ジェノダイブファーマ株式会社

〒243-0003

神奈川県厚木市寿町3-1-1ルリエ本厚木9F

TEL: 046-240-7513 FAX: 046-240-7593



医療関係者用